UNIVERSITE D ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1913 — N° 4

Contribution à l'Etude

de la

Dilatation aiguë de l'estomac

chez les Nouvelles Accouchées

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 16 Avril 1913

ACAD. LUGD.BAT. BIBL.

PAR

LOUIS OSOUF

Né à Saint-Cyr-du-Bailleul (Manche) le 23 Mai 1887

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, professeur de clinique obstétricale, *Président.*
CURTILLET, doyen, professeur de clinique chirurgicale infantile.
REY, professeur de physiologie. } *Juges.*
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN ..... MM. CURTILLET, (✻, I. ✪).
ASSESSEUR ..... TRABUT (✻, I. ✪, O. ❁).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (I. ✪).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✪)
Physiologie	REY (✻, I. ✪).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	BRAULT (✻ I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (✻, I. ✪).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻ I. ✪).
Clinique ophtalmologique	CANGE (A. ✪).
Chimie médicale et toxicologie	MALOSSE (I. ✪ ⛁).
Physique médicale et biologique	GUILLEMIN (✻, I. ✪).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✪).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻I.✪MA.O❁)
Pathologie générale, microbiologie...	SOULIÉ (I. ✪).
Hygiène et médecine légale	CRESPIN (I. ✪).

CHARGÉ DE COURS

Chimie biologique ..... M. SAMBUC (I. ✪).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie et physiologie	MM LEBLANC (A. ✪).
Pathologie et clinique internes	GILLOT (A. ✪).
Pathologie et clinique externes et clinique obstétricale	E. CABANES (A. ✪). FUSTER.
Chimie et physique	MALOSSE (A. ✪).
Pharmacie et matière médicale	MUSSO.
Section de médecine générale	RAYNAUD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine..	VIGUIER.
Section d'anatomie	ARGAUD (A. ✪).

A MON PÈRE

Témoignage de piété filiale

A MES SŒURS, A MON FRÈRE

"MEIS ET AMICIS"

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur ROUVIER

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Arrivé à la fin de notre scolarité, nous tenons à remercier de leur enseignement nos maîtres d'Angers et de Brest,

Messieurs les Docteurs :

JAGOT, *professeur de clinique médicale, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers, médecin de l'Hôtel-Dieu.*

MONPROFIT, *professeur de clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ancien Maire d'Angers, Député de Maine-et-Loire.*

THIBAULT, *professeur de pathologie interne, médecin de l'Hôtel-Dieu.*

MOTAIS, *professeur de clinique ophtalmologique.*

BOQUEL, *professeur de clinique obstétricale, chirurgien de la Maternité.*

LENOBLE, *médecin de l'Hôpital civil de Brest, dont nous avons été l'interne.*

CIVEL, *chirurgien de l'Hôpital civil de Brest.*

Nos remerciements vont aussi à notre maître, M. le professeur Rouvier, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail.

Attirer un peu plus l'attention des médecins sur la possibilité de rencontrer la dilatation aiguë de l'estomac chez les nouvelles accouchées et rappeler la conduite à tenir en pareil cas, tel a été le but de notre thèse inaugurale.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La dilatation aiguë de l'estomac est une complication bien connue en clinique chirurgicale depuis déjà de nombreuses années. Mais ce n'est que depuis 1907 que cette affection fait partie de la pathologie obstétricale.

C'est, en effet, en 1907, que AUDEBERT et FOURNIER publient les deux premières observations dans les *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiatrie de Paris.*

La même année, MÉREAU, dans les *Archives médico-chirurgicales du Poitou,* et LE LORIER, dans les *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiatrie de Paris* relatent chacun une nouvelle observation de cette complication.

En 1910, AUDEBERT et FOURNIER rapportent un cinquième cas dans les *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Toulouse.*

L'année suivante, BOQUEL, dans un article paru dans l'*Obstétrique* de juin cite deux nouveaux cas.

GILLES publie, la même année, dans les *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Toulouse,* la huitième observation.

AUDEBERT, dans les *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Toulouse,* fait encore connaître deux nouveaux cas.

En 1912, dans les *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Toulouse*, STIEBER et GARIPUY publient la onzième observation et AUDEBERT, la douzième.

Le treizième cas rapporté dans ce Mémoire a été observé dans le service de M. le professeur ROUVIER.

La dilatation aiguë de l'estomac paraît donc une complication fort rare dans le domaine obstétrical puisqu'on n'y retrouve que treize observations de cette affection.

Ceci tient très probablement à ce que dans les cas bénins, elle a passé inaperçue, ou qu'elle a été confondue avec les autres accidents post-chloroformiques.

Souvent les allures symptomatiques des cas graves ont dû faire confondre la dilatation stomacale brusque aboutissant à une mort rapide, avec un syndrome de péritonite suraiguë.

Cette étude présente, par conséquent, un grand intêret au point de vue pratique. La nouvelle accouchée, chez qui apparaît cette complication, est, en effet, atteinte d'une affection douloureuse et grave. Les coliques, les vomissements, la soif ardente la torturent sans répit ; et si le médecin n'intervient pas, s'il ne fait pas cesser cet état, la femme, dans presque tous les cas, est vouée à la mort et, cela, à brève échéance. Si, au contraire, un traitement approprié a été institué de bonne heure, les symptômes alarmants disparaissent très vite et la malade guérit sans autre incident.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la dilatation aiguë de l'estomac sont ceux d'une occlusion intestinale haute, accompagnée de troubles rapides d'intoxication.

En général, la malade a été anesthésiée au chloroforme et, à la suite de cette anesthésie, elle vomit abondamment.

Tout d'abord, on attribue ces vomissements au chloroforme et on dit que ce sont là des vomissements de chloroformisation.

Cette explication satisfait l'esprit car on sait qu'en règle générale, les opérés, à qui on a administré, pendant un temps assez long, du chloroforme à dose anesthésique, sont pris de vomissements pendant les quelques heures qui suivent leur anesthésie.

Mais ce qui devra faire penser à la dilatation stomacale, c'est la persistance de ces vomissements. Au lieu que les vomissements dits de chloroformisation, diminuent peu à peu d'intensité et disparaissent bientôt complètement, ceux de la dilatation aiguë de l'estomac ont, au contraire, une tendance à augmenter de fréquence et d'intensité.

La malade éprouve sans cesse des nausées qui se terminent par le rejet de liquides qui, de blanchâtres qu'ils étaient au début, deviennent bientôt verts, porracés, quelquefois noirâtres. Ils répandent dans

la salle une odeur désagréable mais non repoussante comme il arrive pour les vomissements fécaloïdes.

Il est d'ailleurs à remarquer, qu'*en aucun cas les vomissements de la dilatation aiguë de l'estomac ne sont fécaloïdes.*

La malade ne peut s'alimenter, les liquides qu'elle prend en petite quantité sont rejetés peu après leur ingestion et on remarque que les matières expulsées dépassent de beaucoup en volume celui des ingestations car la sécrétion gastrique est exagérée.

Nous devons noter que les vomissements, si importants pour le diagnostic de la maladie, peuvent manquer dans certains cas, assez rares d'ailleurs. Il peut arriver, en effet, que l'estomac, complètement paralysé, subisse une dilatation énorme. Les liquides s'accumulent dans le bas fond et ne sont plus rejetés.

En même temps qu'elle vomit, la malade est torturée par de violentes coliques qui siègent dans la région épigastrique.

Ces douleurs si vives obligent à pratiquer un examen abdominal. Quand on découvre le ventre de la femme, on remarque qu'il est augmenté de volume, tendu, douloureux. Rarement ces phénomènes s'étendent à tout l'abdomen ; le plus souvent on est frappé de la différence qui existe entre les parties sus et sous-ombilicales. Alors que la première est tendue et douloureuse, la seconde est souple et indolore. Ce n'est que lorsque la dilatation de l'estomac est énorme que l'abdomen présente du gonflement dans presque toute son étendue. Et alors, si on est appelé près de la malade seulement à ce moment le diagnostic est, certes, beaucoup plus délicat.

Dans les cas ordinaires, le volume de l'estomac pourra être apprécié par une percussion méthodique et légère si l'abdomen n'est pas trop douloureux.

La sonorité de l'estomac, gonflé surtout par des gaz, sera exagérée ; les anses intestinales paraîtront, au contraire, un peu moins sonores que de coutume; aussi, la limite entre l'estomac et l'intestin sera repérée assez facilement.

L'estomac renferme aussi du liquide en plus ou moins grande abondance. Ce liquide provient des matières ingérées et aussi de l'hypersécrétion des glandes gastriques. Il siège dans la partie la plus déclive de l'estomac et se déplace en même temps que la malade change de position.

La présence du liquide dans l'estomac se révèle par la succussion hippocratique. Elle fournit, grâce à la distention de l'organe par des gaz, un glou-glou analogue à celui d'une bouteille à demi-remplie que l'on agite. Ce phénomène a été nommé par certains auteurs clapotement amphorique.

Tous ces phénomènes locaux sont accompagnés de troubles généraux très graves dus à la deshydratation profonde de l'organisme et à un état rapide de toxémie.

La malade rejette par les vomissements une grande quantité de liquide ; la sécrétion urinaire, bien que diminuée, la sudation et la respiration ne se font pas sans amener aussi la perte d'une certaine quantité d'eau. Toutes ces causes, jointes les unes aux autres, entraînent une deshydratation considérable de l'organisme ; et, comme cette deshydratation ne peut être combattue par l'ingestion de liquides, puisque l'estomac est intolérant, il en résulte, pour la malade, une soif ardente et continuelle.

Le pouls est petit, difficile à percevoir ; il est fréquent, on compte de 100 à 130 pulsations à la minute, quelquefois davantage. Le pouls peut même

atteindre une telle fréquence qu'il devient incomptable.

La température n'est pas en rapport avec le pouls, elle reste à peu près normale, elle oscille entre 36,8 et 37,5. Elle atteint rarement 38.

Du côté de l'appareil urinaire, on observe de l'oligurie qui peut aller, parfois, jusqu'à l'anurie. Les urines renferment souvent une forte dose d'albumine.

La constipation est la règle, mais un lavement glycériné arrivera à supprimer ce symptôme en provoquant l'évacuation de matières fécales en petite quantité.

Le facies de la malade exprime la souffrance et, à lui seul, il fait penser à une affection grave. Le teint est jaunâtre, les yeux excavés, le nez pincé, les traits tirés comme dans les cas d'inflammation péritonéale.

La dilatation aiguë de l'estomac peut faire son apparition aussitôt après la délivrance comme l'ont observé Audebert et Méreau.

Fournier et Audebert ont noté un cas où la dilatation de l'estomac était survenue quelques heures après l'accouchement.

En général, les choses ne se passent pas ainsi. Les suites de couches paraissent d'abord normales, et, ce n'est que le deuxième, le troisième ou même le quatrième jour après l'accouchement que la malade se plaint de douleurs abdominales, de nausées, de vomissements, de tension au niveau du creux épigastrique.

Bientôt tous les symptômes sont au complet et la maladie bien caractérisée.

Si on n'intervient pas, les vomissements vont devenir incessants, les coliques atroces, le gonflement abdominal énorme, les traits s'altèreront de

plus en plus, le pouls, presque imperceptible, sera d'une fréquence extrême et finira par disparaître. Les extrémités, légèrement cyanosées, se refroidiront et la malade succombera au bout de quelques heures.

Au contraire, si la femme est soumise de bonne heure au traitement, elle se sentira revenir à la santé, son pouls sera mieux frappé et son visage perdra son anxiété indéfinissable. Rapidement, les vomissements cesseront, les coliques devenues moins fortes disparaîtront bientôt et la malade guérira complètement.

Des rechutes peuvent être observées. Elles seront justiciables du même traitement qui les fera vite disparaître.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

La dilatation aiguë de l'estomac est due à de nombreuses causes, qui sont loin d'avoir toutes une égale importance.

Nous incriminerons, d'abord, le chloroforme, car à notre sens, c'est lui, dans presque tous les cas, qui aura le plus puissamment aidé à la production de l'affection qui nous occupe. L'influence du chloroforme a d'ailleurs été démontrée expérimentalement par *Brann* et *Kelling*. Ces auteurs, opérant sur des chiens, ont montré qu'il était beaucoup plus facile de faire apparaître la dilatation stomacale chez ces animaux qui avaient subi l'anesthésie chloroformique que chez ceux qui en étaient exempts.

Il est encore à remarquer que la dilatation aiguë de l'estomac, compliquant une intervention chirurgicale a toujours été observée chez des malades à qui on avait administré le chloroforme.

Examinons maintenant nos observations. Nous voyons que, dans tous les cas, sauf deux (Obs. IV et IX), les malades avaient absorbé du chloroforme et, parfois, en assez grande quantité.

Le chloroforme, bien qu'ayant une action très manifeste, n'est pas cependant la cause nécessaire et suffisante de cette affection. En effet, les parturientes, qui ont été anesthésiées, ne font pas toutes

de la dilatation aiguë de l'estomac ; celles qui en sont atteintes constituent même l'infime minorité. D'autre part, on a observé cette complication chez des malades qui n'avaient pas absorbé de chloroforme. Outre le cas de *Le Lorier* (Obs. IV), et celui de *Audebert* (Obs. IX), le *Docteur Desguin* (d'Anvers), cite plusieurs observations de dilatation aiguë de l'estomac chez des malades atteints d'affections médicales.

Les interventions chirurgicales ou obstétricales subies par la malade contribueront aussi, d'une façon très manifeste, à la production de la dilatation aiguë de l'estomac. Nos observations tendent bien à le démontrer. Nous voyons, en effet, que dans cinq cas les malades ont eu à subir une laparotomie (Obs. V, VII, VIII, IX et XII). Nous notons, dans l'observation III une application de forceps, une version dans l'observation VI, une expression utérine très énergique et une délivrance artificielle dans l'observation X, une basiotripsie, dans notre observation XIII.

Les intoxications doivent figurer aussi parmi les causes de dilatation stomacale. Nous avons noté l'existence de cette affection dans deux cas d'éclampsie (Obs. I et II).

La malade de notre observation XIII avait été infectée par les matrones arabes ; aussi, aux causes précédentes, nous ajouterons l'infection.

Les gastropathies antérieures pourront certainement préparer le terrain et favoriser l'apparition de la maladie (Obs. IV et X).

Un travail long et laborieux ne sera pas non plus sans influence sur la production d'une dilatation stomacale (Obs. XIII, la malade était restée six jours en travail).

Toutes ces causes, dans la majorité des cas, ne

sont pas isolées, mais se trouvent réunies plus ou moins nombreuses. Ainsi, la malade de notre observation XIII avait été anesthésiée au chloroforme, elle avait subi une tentative d'application de forceps, une basiotripsie, elle était restée six jours en travail et avait été infectée avant son entrée à l'hôpital.

Toutes ces causes : chloroforme, laparotomie, basiotripsie, forceps, version, intoxication, infection, gastropathie antérieure, surmenage de l'accouchement, bien que jouant un grand rôle dans la production de la dilatation aiguë de l'estomac chez les nouvelles accouchées ne sont cependant pas nécessaires à la production de cette complication qui peut survenir après un accouchement spontané, ne présentant aucune complication (Obs. IX).

CHAPITRE IV

INTERPRÉTATIONS PATHOGÉNIQUES

Braun et *Seidel* ont montré que lorsqu'on sectionne soit les pneumogastriques et les sympathiques, soit la mœlle cervicale, l'estomac paralysé subit une dilatation.

Les interventions opératoires ayant précédé l'apparition de la dilatation aiguë de l'estomac chez nos accouchées, ont dû nécessairement retentir sur le système nerveux ganglionnaire et amener une paralysie de l'estomac.

Le chloroforme agit, lui aussi, en altérant le système nerveux et il joint son action à celle du traumatisme abdominal.

L'estomac, ainsi paralysé, se laisse distendre assez vite. Les liquides s'accumulent dans le bas-fond de la grande courbure et sont le siège de fermentations qui diminuent la contractilité des fibres stomacales, de même que l'infection de l'utérus empêche la parfaite involution de cet organe après la délivrance.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic sera basé sur la constatation des symptômes que nous avons énumérés précédemment. Il sera d'autant plus facile que ces symptômes se rencontreront plus nombreux.

La femme, dans la grande majorité des cas a été anesthésiée au chloroforme et elle vomit presque continuellement. Les vomissements, au lieu de s'apaiser, comme on a coutume de l'observer, vont, au contraire, en augmentant de fréquence et d'intensité.

La persistance des vomissements dits de chloroformisation, à elle seule, devra attirer l'attention du médecin vers la possibilité d'une dilatation aiguë de l'estomac.

La malade est pâle, sa peau est sèche, ses traits tirés, ses yeux excavés. Le pouls est petit, parfois à peine perceptible, il est fréquent, on compte cent pulsations à la minute et souvent davantage alors que la température est à peu près normale.

La langue est sale et sèche. La femme est constipée, mais expulse spontanément des gaz par le rectum. Elle se plaint de violentes coliques. La région épigastrique est gonflée, les muscles de la paroi sont tendus. La palpation de toute la partie sus-ombilicale

est douloureuse alors que le reste de l'abdomen est indolore dans la majorité des cas.

Par la percussion, on délimitera l'estomac. On verra qu'il est très sonore et qu'il s'étend sur une surface beaucoup plus grande qu'à l'état normal.

Le clapotement amphorique sera recherché avec soin comme il est dit plus haut et facilement mis en évidence.

La dilatation aiguë de l'estomac ne pourra guère être confondue chez la nouvelle accouchée qu'avec une péritonite aiguë. Le facies de la malade, les vomissements, les coliques, la sensibilité et le ballonnement de l'abdomen, la rareté des urines, la soif ardente, la fréquence et la faiblesse du pouls sont des symptômes de péritonite aiguë, et ces symptômes nous les retrouvons dans la dilatation aiguë de l'estomac. Mais, dans cette dernière affection nous ne constatons pas ou peu de fièvre, alors que dans la péritonite, la fièvre monte à 40° et au delà.

La disparité entre le pouls et la température est un excellent signe pour différencier la dilatation stomacale de la péritonite aiguë. De plus, dans cette dernière maladie, la douleur et le gonflement n'ont pas pour siège précis la région épigastrique.

Enfin, le traitement tranchera la question et on devra y avoir recours le plus tôt possible.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement, d'une grande simplicité, sera facile à instituer.

On ne devra donc pas attendre que le diagnostic soit toujours posé avec certitude pour recourir au traitement qui devra être aussi précoce que possible.

On ordonnera d'abord des lavages de l'estomac. Ils devront être plus ou moins fréquents, suivant les cas.

A l'aide du tube de Faucher on fera passer dans l'estomac plusieurs litres d'eau tiède bicarbonatée. Ces lavages favoriseront le rejet de gaz et de liquides, ce qui contribuera grandement à l'amélioration de l'état de la femme.

La malade sera couchée à plat dans son lit dans le décubitus ventral ou position de Schnitzler.

Cette position peut, dans certains cas, devenir insupportable ; aussi le professeur Boquel conseille de soulever les épaules de la femme par un traversin, la tête reposera sur un second traversin placé à quelque distance du premier. Grâce à ce dispositif, le décubitus ventral peut être conservé, sans trop de fatigue pendant près d'une heure.

La position de Schnitzler aura un effet merveilleux sur la marche de l'affection. Les vomissements s'arrêteront, les coliques n'auront plus la même

intensité et la malade se sentira revenir à la santé en même temps que le pouls sera incontestablement meilleur.

La position de Schnitzler devra être reprise de temps en temps, dès que la femme aura de nouvelles nausées et ceci jusqu'à complète guérison.

Nous ne conseillerons pas la position genu-pectorale qui est loin de donner des résultats aussi satisfaisants que celle de Schnitzler et qui n'a pas pour avantage d'être moins fatigante que cette dernière.

Le retentissement sur l'organisme de cet état morbide local rend les nouvelles accouchées atteintes de dilatation aiguë de l'estomac, justiciables d'un traitement général sévère. L'huile camphrée, ainsi que la sparteïne ont été successivement employées contre le collapsus cardiaque.

La caféine, administrée également sous forme d'injections hypodermiques a relevé d'une façon remarquable le cœur et déterminé une amélioration sensible des états d'hypotonisme cardiaque d'origine reflexe ayant pour point de départ le plexus solaire.

Les injections de sérum artificiel qui réparent facilement les pertes hydriques de l'économie dues aux évacuations incessantes des vomissements et aux hémorragies antérieures, doivent être préconisées d'une façon systématique.

OBSERVATION I

(Audebert et Fournier, Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Paris, Avril 1907.)

Eclamptique entrée à la clinique le 20 décembre 1906. La malade est dans le coma. Traitement ordinaire. Nous passons sous silence tous les détails de l'observation jusqu'au moment où la femme a présenté les symptômes de la dilatation aiguë.

Nous rappelons seulement que la malade a absorbé 150 grammes de chloroforme au minimum dans les 12 heures qui ont suivi son entrée. Les jours suivants, on dut encore recourir plusieurs fois au inhalations chloroformiques.

Dès le second jour, la malade présenta du sub-ictère et le troisième l'ictère s'étendait à tout le corps. En même temps, on notait une tendance très marquée aux hémorragies. Chaque fois, en effet, que l'on a pratiqué une piqûre soit de caféine, soit d'éther, il s'est produit aussitôt un hématome dans le tissu cellulaire avoisinant le point où l'aiguille avait pénétré.

Enfin, la malade faisait de l'auto-infection intestinale. Elle a eu, pendant la première journée, à la suite de grands lavages intestinaux ou de lavements purgatifs, de véritables débâcles de matières fécales sentant horriblement mauvais.

La malade a accouché spontanément, le 22 décembre, vers cinq heures du matin. Le 24 décembre, à 4 heures du soir, nous la voyons et nous constatons une aggravation marquée de tous les symptômes. T. 38,6 ; P. 132. Rien du côté de l'utérus. L'abdomen est légèrement distendu. Nous portons un pronostic très sombre.

Vers 10 heures du soir, la malade dont la température s'abaisse progressivement cependant que le pouls devient de plus en plus accéléré, vomit à plusieurs reprises un

liquide noirâtre et sentant horriblement mauvais. La quantité expulsée peut être évaluée au moins à deux litres : le lit et le parquet étaient inondés.

La malade a le facies grippé, le pouls filant, incomptable, les extrémités froides. Nous la découvrons et nous sommes tout aussitôt frappés par l'énorme distension de l'abdomen qui a le volume de celui d'une femme à terme. Par la percussion, nous trouvons un tympanisme excessivement marqué et cherchant à délimiter l'estomac, nous voyons qu'il descend jusqu'à deux ou trois travers de doigt. Nous introduisons aussitôt un petit tube de Faucher dans l'estomac en le faisant passer par le nez, car il est impossible à la malade d'ouvrir la bouche. Dès que le tube est parvenu dans l'estomac, il s'échappe avec bruit des gaz fétides et en même temps il s'écoule un liquide noirâtre, analogue à de la suie délayée et sentant horriblement mauvais. Au fur et à mesure que les gaz s'échappent et que le liquide s'écoule, l'abdomen diminue de volume et prend un aspect normal. Lorsque l'écoulement est terminé, il est devenu absolument plat. Nous avons recueilli environ deux litres et demi de liquide. Nous avons fait passer ensuite de l'eau bouillie bicarbonatée jusqu'à ce qu'elle revienne parfaitement claire. Aussitôt, la malade s'est sentie soulagée. Le pouls bat maintenant à 108, la température est de 36,8. Toutefois, la malade est encore très abattue ; nous pratiquons une injection hypodermique de cafeïne : 0,50 centigrammes.

Nous attendons encore quelques instants. L'état général demeure excellent : la malade respire facilement, son facies est bon, le pouls bien frappé ; nous la quittons à minuit complètement rassuré, après avoir ordonné de ne lui donner que quelques gorgées de champagne glacé jusqu'au lendemain matin.

Les jours suivants, ayant encore constaté une distension très marquée de l'estomac, nous pratiquons à nouveau l'évacuation du contenu stomacal. Le liquide était blanchâtre, peu abondant (un litre et demi environ) et sentant fort mauvais.

En tout, nous avons fait cinq lavages,

Pendant quelque temps encore, nous avons constaté une distension stomacale assez marquée, mais peu à peu l'estomac a repris une capacité presque normale, et la malade a quitté le service en parfait état.

OBSERVATION III

(Audebert et Fournier, Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Paris, Avril 1907.)

Primipare, âgée de 20 ans. Entre en plein coma éclamptique, le 15 janvier 1907, à quatre heures du matin. Nous terminons l'accouchement par une application de forceps en O. P., à cinq heures. La malade a été touchée plusieurs fois en ville par une sage-femme. Le lendemain, ictère généralisé.

Il y eut aussi de l'infection utérine. Nous passons sur les autres détails de l'observation.

Le vendredi, 18 janvier, nous voyons la malade à dix heures du matin et nous constatons qu'elle présente un tableau clinique qui a une certaine analogie avec celui de l'autre malade : le facies est grippé, le pouls petit, irrégulier, la dyspnée intense, les extrémités froides, le ventre très distendu. L'estomac descend bien au-dessous de l'ombilic ; en outre, à droite, on perçoit du clapotement dans le flanc et la fosse iliaque.

Nous pratiquons séance tenante un lavage de l'estomac. Nous avons évacué environ deux litres d'un liquide gris sale, tenant des grumeaux blanchâtres en suspension. La malade avait des nausées si violentes qu'à chaque instant le tube était comprimé par le spasme œsophagien, ce qui nous a obligé à retirer le tube avant la fin de l'opération.

Après cette intervention, la malade se sent un peu mieux, mais elle demeure très abattue. La dyspnée est moins intense et le pouls moins rapide. Toutefois, l'état général nous paraît extrêmement grave et nous portons un pronostic très sombre. La malade succombe à trois heures de l'après-midi.

Autopsie. — Nous ne donnons ici que les faits concer-

nant la dilatation de l'estomac et de l'intestin. A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate une distension très marquée de l'intestin et de l'estomac. La dilatation intestinale porte sur tout le cœcum, le côlon ascendant et le côlon transverse, jusqu'au point où il traverse la région duodénale. Le cœcum remplit toute la fosse iliaque, et le côlon ascendant s'étale dans le flanc droit qu'il occupe en entier, recouvrant complètement le rein. Au niveau de l'angle droit du côlon, il existe des adhérences de nature inflammatoire.

L'estomac est énormément dilaté ; sa grande courbure descend jusqu'au niveau de l'ombilic ; on l'enlève après l'avoir vidé de son contenu (un litre environ de liquide blanchâtre et sentant très mauvais).

Sa capacité est approximativement de 3 litres. Voici ses dimensions :

Diamètre transversal : 31 centimètres.

Diamètre vertical : 1° entre la grande et la petite courbure : 12 centimètres ;

2° au niveau du pylore : 15, 5 centimètres, 5 ;

3° au niveau du cardia : 19 centimètres.

Au niveau du cardia, on trouve un foyer hémorragique qui remonte au-dessus du diaphragme, sous la plèvre, parallèlement à l'aorte dont la tunique externe est colorée par cet épanchement sanguin, dont le point de départ paraît être le plexus péri-œsophagien.

OBSERVATION III

(Méreau, Archives médico-chirurgicales du Poitou)

E. H., primipare à terme, fut prise des premières douleurs le 30 septembre 1906 à midi. Rien à signaler de particulier dans ses antécédents. Elle avait elle-même joui d'une excellente santé, sauf de *violentes douleurs d'estomac* survenues antérieurement à sa grossesse ; pendant celle-ci les troubles digestifs n'avaient rien eu de particulier.

Dès le début, les douleurs furent terribles, la femme hurlait et se démenait. Le 2 octobre je fus appelé à midi.

Aucune dilatation, col dur en entier, imperméable à la pulpe du doigt, impossible d'introduire un ballon si petit qu'il soit. L'enfant se présente en O. I. G. P. Je conseille d'attendre et je recommande à la sage-femme de prendre les soins de propreté les plus minutieux.

Le 3 à midi, même état. Je reviens le soir, même situation. La femme hurle toujours, le col est toujours rigide. Le 4, je prie le Dr Desbordes (de Civray) de venir avec moi voir la malade : la situation n'a pas changé, le col est toujours impénétrable ; à force de crier, la malade est aphone. Pas d'albumine.

Le 5, les douleurs sont plus violentes ; à midi on a un léger effacement du col, à 4 heures deux francs, à 7 heures cinq francs, à minuit la paume la main. Je propose à la famille d'intervenir, elle refuse. L'état de l'enfant étant bon, la mère paraissant mieux, les douleurs plus régulières, je n'insiste pas et je recommande à la sage-femme de m'avertir à la moindre alerte. Rupture de la poche des eaux dans la nuit. *A 5 heures du matin, le 6, la femme a un vomissement.* A 6 heures j'arrive, lui donne quelques gouttes de chloroforme, 10 grammes environ, je fais une application de forceps en dégageant en O. S.

L'enfant est vivant, du poids de 8 livres et demie. Délivrance normale, pas d'hémorragie. Pendant que je m'occupais de l'enfant, quelques minutes après, la sage-femme m'appelle en me disant qu'il y en a un second. *Une tumeur s'était formée dans l'abdomen et augmentait à vue d'œil.* Je pus me rendre compte qu'il s'agissait non pas de l'utérus, mais de l'*estomac* qui, en moins de dix minutes, avait atteint un volume considérable, tendant la paroi abdominale et formant une tumeur ayant les dimensions d'environ quatre têtes d'adulte. Je pensai qu'il ne s'agissait dans l'espèce que d'une dilatation nerveuse ; je bandai fortement le ventre, prescrivis de l'eau de Vichy et une potion avec trois grammes d'acétate d'ammoniaque. Quand je partis deux heures après, la femme avait toujours l'estomac gros, mais se sentait bien. A 7 heures le soir, même état, mais dans la nuit *vomissements abondants d'un liquide noirâtre.* Le lendemain soir je la revois : les vomissements ont

persisté, analogues à du marc de café, il y a du délire, la température monte à 40 degrés. *L'estomac est énormément distendu.* La paroi abdominale est souple ; on sent le globe utérin et la vessie pleine d'urine. Les lochies sont normales comme abondance et odeur. Je pratique le cathétérisme vésical et je retire un litre et demi d'urine. Je cherche ensuite à introduire la sonde œsophagienne, mais sans parvenir à la faire avaler, la malade étant particulièrement indocile ; ces manœuvres font rejeter à la femme *quatre ou cinq litres de ce même liquide noirâtre.* Je donne un grand lavement : évacuation abondante de matières et de gaz, la femme se trouve soulagée.

Dans la nuit, la malade tombe dans le coma ; le lendemain matin, je vais la voir avec le Dr Léon Pouliot que j'avais appelé en consultation. Au moment où nous entrons, la femme a un hoquet terrible, *un immense jet de liquide noirâtre s'échappe par la bouche et les narines ;* puis deux ou trois soubresauts, et elle succombe. Nous avons pu constater qu'immédiatement *le ventre s'était affaissé et était revenu à son état normal.*

OBSERVATION IV

(Le Lorier, Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Paris, 11 nov. 1907)

X..., âgée de 42 ans, ménagère, arrive à la Maternité de Beaujon le 27 septembre 1907, à 3 h. 30 du soir. Elle a des douleurs depuis 2 h. 30.

On constate une présentation du sommet engagé en gauche antérieure, le fœtus est vivant, la dilatation est complète. Peu après l'entrée de la malade, les membranes se rompent spontanément. Il s'écoule un liquide teinté de méconium. Les bruits du cœur fœtal sont normaux. L'expulsion du fœtus a lieu 10 minutes après. L'enfant, qui pèse 2 kil. 510 gr., se met aussitôt à crier. Délivrance par extraction simple à 5 h. 25 soir. Le placenta pèse 410 grammes.

L'état général de la mère est mauvais, elle est pâle, ses

lèvres sont peu colorées, elle paraît très fatiguée, elle vient de chez elle où elle a jusqu'au dernier moment vaqué aux soins du ménage.

Ses parents sont morts : le père, à 57 ans, de la grippe ; la mère, à 32 ans, d'une pleurésie.

Elle a été réglée à 18 ans. Depuis le début de la grossesse, elle a eu des vomissements fréquents exclusivement alimentaires. Elle n'a jamais souffert de l'estomac d'une façon sérieuse ni pendant sa grosse, ni antérieurement.

Quant à l'enfant, il est mis en couveuse aussitôt après sa naissance et il meurt 3 jours après, à 8 heures du soir, après avoir présenté quelques taches purpuriques sur le front.

Les suites de couches se passent normalement les 28 et 29 septembre, ainsi que la journée du 30. Ce jour-là, à 10 heures du soir, la malade qui jusqu'alors ne s'était plainte de rien et s'était alimentée comme les autres est prise brusquement de vomissements abondants accompagnés de violentes douleurs dans la région épigastrique et pendant la nuit du 30 septembre au 1er octobre, elle vomit 5 ou 6 fois.

La totalité du liquide ainsi rejeté peut être évaluée à environ 2 litres. Son aspect est absolument celui qu'on observe dans la dilatation aiguë de l'estomac. Il a une coloration brun noirâtre, une odeur fade, non fécaloïde : il est constiué par un liquide séreux, abondant, incolore, dans lequel existe en suspension une sorte de boue brun noir compesée évidemment de sang en grande partie digéré, boue qui tend à se déposer au fond des vases.

A la visite, le 1er octobre, le matin, le pouls est à 100 ; la malade a les traits tirés ; elle est pâle, plus encore que de coutume. Il n'y a pas de ballonnement très marqué dans la région épigastrique. On ne trouve pas de clapotement à ce niveau, mais seulement un peu de sensibilité à la pression. Le reste du ventre n'est ni ballonné, ni douloureux, soit spontanément, soit à la palpation.

Comme à ce moment les vomissements paraissent calmés et l'estomac vide, on temporise en donnant seulement à la malade un peu de lait toutes les deux heures.

2 octobre : la malade se sent un peu mieux, elle vomit encore un peu. On refait un lavage d'estomac et on prescrit 500 gr. de sérum artificiel sous-cutané et une injection hypodermique de 1 milligramme de strychnine le matin et autant dans la soirée. De plus, toutes les deux heures on donne à la malade un quart de verre de lait dans lequel on délaie une cuillerée à soupe de sous-nitrate de bismuth. La malade prend ainsi 100 grammes de bismuth en 12 heures.

4 : Elle est beaucoup mieux, les traits ne sont plus tirés. La malade absorbe quelques cuillerées de purée de pommes de terre et du lait. L'état général reste bon pendant la journée.

5 : Au matin, la malade recommence à vomir. On lui fait immédiatement un lavage d'estomac qui ramène un liquide ayant un aspect identique à celui décrit plus haut.

Ensuite, la malade reçoit un peu de lait, 1/4 de verre environ toutes les deux heures. Dans la matinée, elle a une selle d'aspect noirâtre semblable à de la suie délayée contenant évidemment du sang en partie digéré.

La journée se passe sans nouveau vomissement, mais le soir à 7 heures, la malade est prise brusquement d'une douleur très vive dans la région épigastrique, accompagnée de lipothymie.

On lui fait à ce moment des injections d'huile camphrée et 5 centigrammes de spartéine.

Le lendemain, l'état général de la malade s'est aggravé ; elle a les traits tout à fait tirés ; le nez pincé ; les lèvres sont exsangues. Elle accuse une vive douleur à la pression au niveau du creux épigastrique, mais ne vomit pas.

On porte le diagnostic de perforation gastrique probablement consécutive à une ulcération, mais en raison de l'état de cette malade, on s'abstient de faire pratiquer une laparotomie.

La femme s'affaiblit progressivement, malgré les injections de sérum et d'huile camphrée, de strychnine, elle succombe à 1 heure de l'après-midi, le 6 octobre 1907.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on est frappé par l'aspect grisâtre et dépoli du péritoine pariétal et l'on

aperçoit presque immédiatement sur la face antérieure de l'estomac, une large perforation grande comme une pièce de 0 fr. 50, parfaitement circulaire, comme taillée à l'emporte-pièce dans la paroi antérieure de l'organe. Le suc gastrique a coulé par cette ouverture et a digéré le péritoine pariétal et le péritoine viscéral, notamment celui du lobe gauche, du foie et de la rate.

Tout autour de la perforation, la paroi stomacale a un aspect un peu mamelonné ; le grand épiploon, très développé, recouvre la masse intestinale et présente l'aspect dépoli signalé plus haut.

Il a subi lui-même un commencement de digestion. L'estomac est enlevé, puis incisé le long de la grande courbure, et l'on voit qu'il s'agit d'un ulcère rond entouré d'une zone épaisse, dans laquelle existent de petites hémorragies capillaires superficielles.

OBSERVATION V

(Audebert et Fournier, Société d'obstétrique de Toulouse, 2 mars 1910)

Tertipare ; césarienne tardive, trente-huit heures après la rupture des membranes, Préparation intestinale insuffisante. Chloroforme. Dilatation aiguë de l'estomac pendant les trois jours qui suivent l'opération ; éviscération le quatorzième jour. Mort subite un mois et demi après l'intervention, en pleine bonne santé.

OBSERVATION VI

(Boquel, Obstétrique, juin 1911)

Marie-Louise L..., 38 ans, VI pare, entre à la Maternité, en travail, le 21 février 1911. Il s'agit d'une présentation de l'épaule, poche des eaux rompue, bras procident, enfant mort, chez une malade d'aspect très fatigué, présentant un état général mauvais, le facies tiré, la respiration haletante et précipitée ; le pouls a 120. Les urines sont rares et albumineuses.

Sous chloroforme, une version est pratiquée sans difficulté, l'enfant extrait, puis la matrice se contractant mal, une délivrance artificielle est faite sans incidents.

La nuit suivante est calme, sans vomissements. Le lendemain, 23, le pouls reste toute la journée à 120, comme la veille, alors que la température est aux environs de 37 : 37,2 le matin ; 37,4 le soir. Le ventre est tendu, douloureux, particulièrement aux creux de l'estomac, où existe une tension plus marquée. La matrice est grosse, l'écoulement lochial peu abondant est rouge, les urines émises à plusieurs reprises en petite quantité sont jaunes verdâtres, sales, La malade, dont l'état général est mauvais, prend un peu de tilleul et vomit. Elle cesse d'en prendre et ne vomit plus de la journée.

Dans la nuit, elle accuse des douleurs abdominales violentes et se met à vomir à plusieurs reprises.

Le 24 au matin, la température est de 37,2 et le pouls à 100. La malade prend un peu de lait et est prise aussitôt d'un vomissement verdâtre abondant.

La malade n'étant pas allée à la selle, n'ayant pas rendu de gaz, on lui donne un premier lavement sans effet, puis un second qui amène l'évacuation de quelques gaz et d'un peu de matières.

La malade n'a pas uriné depuis la veille ; on la sonde et on obtient environ 200 grammes d'urine assez claire.

Le ventre est tendu plus que la veille, la douleur peut-être moindre, sauf au niveau du creux épigastrique dont la malade se plaint presque uniquement, mais constamment. Elle a très soif, mais ne prend que de la glace.

Dans l'après-midi, elle est prise de nausées violentes, puis de vomissements abondants, incessants, d'un liquide verdâtre, peu coloré d'ailleurs. La température prise au début de cette sorte d'accès est à 37,6, le pouls à 100.

Je la vois à 6 heures du soir. Le ventre, d'une façon générale, n'est peut-être pas plus tendu que le matin dans la région hypogastrique et dans les flancs, mais à l'épigastre se voit une saillie extrêmement marquée et sensible à la pression. La malade qui est prise devant nous d'un vomissement abondant, au cours duquel un peu d'urine et de

matières sont expulsées — à noter qu'elle n'a pris que de la glace depuis le matin — se plaint d'une soif intense. Le pouls est à peine comptable, et, en voyant l'état général de la malade, son facies tiré, son air anxieux, je comprends les craintes qui m'ont fait chercher en toute hâte.

Je fais mettre immédiatement la malade en position ventrale. Les vomissements cessent. La malade reste trois quarts d'heure à peu près dans cette position. Elle n'a plus vomi depuis. Son pouls remonte, elle se sent mieux.

Dans la nuit, reprise à diverses reprises de nausées, elle se met d'elle-même sur le ventre pour s'empêcher de vomir. Elle rend quelques gaz.

Le lendemain 25, au matin, son état est infiniment meilleur, quoique le facies soit encore tiré. La température est à 37, le pouls est tombé à 88.

Le ventre est encore tendu, ballonné d'une façon générale, mais il n'y a plus cette saillie à l'épigastre, la veille au soir si marquée et si douloureuse.

L'utérus est gros, les lochies presque supprimées. La malade n'a pas uriné et n'est pas allée à la selle.

Dès le matin, on lui fait prendre un peu d'eau de sédlitz et on la sonde, ce qui permet de recueillir 300 grammes d'urine rouge foncé.

Dans la journée, après un lavement glycériné, elle a une bonne selle et urine seule : les urines sont claires. Elle prend de la citronelle et un peu de lait. La température, le soir, est à 37,6, le pouls à 90.

Le 26 au matin, la malade est bien. Elle urine et va à la selle spontanément, le ventre se dégonfle peu à peu, la sensibilité diminue considérablement. La matrice reste toujours grosse.

La température est à 37,5, toute la journée le pouls à 84.

Le 27 et le 28, la température s'élève un peu et atteint même 38,4, le pouls étant à 96. Des injections intra-utérines iodées amènent le retrait de l'utérus et les derniers accidents, d'ordre infectieux, cessent comme les phénomènes d'occlusion ont cessé.

Le 1er mars, la malade est tout à fait bien. Aucun accident ultérieur, la malade sort en parfait état.

OBSERVATION VII

(Boquel, Obstétrique, juin 1911)

Joséphine F..., 32 ans, primipare, entre à la Maternité le 13 novembre 1909. Elle paraît avoir une grossesse de huit mois à peu près ; le bassin est rétréci, rachitique, le P. S. P. mesure 9 centimètres un quart.

On attend le terme et, au cours du travail, le 8 décembre 1909, en présence du défaut d'engagement dû à la mauvaise inclinaison de la tête, on pratique l'opération césarienne. Un enfant parfaitement vivant est extrait.

Dans la nuit qui suit l'opération, la malade se plaint de douleurs obdominales et vomit à plusieurs reprises. Le ventre est un peu tendu, la respiration accélérée.

Le 9, au matin, la température qui, la veille au soir, était de 37 est à 37,5, le pouls à 120. Les douleurs abdominales sont toujours vives. On retire la mèche iodée qui a été placée dans l'utérus les douleurs cessent aussitôt.

Dans l'après-midi, deux ou trois vomissements bilieux, mais l'état général reste bon, la malade urine spontanément. Le soir, la température est à 38, le pouls à 110, la malade est un peu oppressée.

Le 10, après une nuit calme, la malade ne se plaint plus. Elle urine et grâce à un lavement, évacue quelques matières. La température matinale est à 37,8, le pouls à 96.

La journée se passe bien, mais le soir la température est à 38, le pouls à 120.

A 7 heures et demie, elle est prise brusquement de vives douleurs abdominales suivies, une demie-heure après, de vomissements abondants et bilieux. Le ventre est très ballonné. La sonde rectale introduite ne ramène rien, ni gaz, ni matières.

A noter qu'il y a presque suppression des lochies ; le pansement défait ne dénote rien d'anormal.

En présence des douleurs vraiment très vives, on fait une piqûre d'un demi-centigramme de morphine qui amène un peu de calme et la nuit se passe bien. La malade se met un peu sur le côté et dort un peu.

Le 11, la température, le matin, est tombée à 36,6. Le pouls est à 110, petit. Le ventre est très ballonné, le pansement souillé par une certaine quantité de sérosité. La malade ne rend ni gaz, ni matières. On lui fait prendre un peu d'huile de ricin.

A 3 heures de l'après-midi, après une journée calme, la température étant à 37,2, mais le pouls toujours à 110, petit, faible, le ventre toujours très ballonné, la malade se plaint brusquement de violentes coliques et se met à vomir abondamment à plusieurs reprises. Elle est très assoiffée, l'oppression dont elle se plaignait la veille a fait place à une véritable dyspnée. Le pouls semble disparaître, l'état général paraît très mauvais.

Appelé près d'elle, je la fais mettre en position ventrale, pendant qu'on lui administre 300 grammes de sérum artificiel. Les vomissements cessent aussitôt pour ne plus revenir et, une heure après, elle commence à rendre des gaz. Puis une selle survient et, dans la nuit qui est bonne avec sommeil, elle a deux selles et rend des gaz en abondance.

Le lendemain, quoique le pouls soit encore rapide, 98, il est très bon. La température est à 37. L'état général est redevenu bon ; le ventre est souple.

La malade se remet sans plus d'incidents. A noter cependant quelques pertes verdâtres, un peu fétides. Elle sort en parfait état avec son enfant très bien portant.

OBSERVATION VIII

(Gilles, Société d'obstétrique de Toulouse, 6 déc. 1911)

La nommée Maria S... ayant une présentation de l'épaule qui n'a pu être réduite à domicile, nous est amenée dans la matinée du 6 juin à la Maternité.

Version sous chloroforme. Intervention longue et pénible. Rupture utérine. Cinq heures après, nouvelle anesthésie chloroformique et laparotomie pour opération de Porro.

Après l'intervention, la malade se réveille, nullement shockée. Pouls, 112. Pas de vomissements.

Le lendemain, 7 juin, état également satisfaisant ; toutefois, vers le soir, malgré émission de gaz et de selles, pouls un peu mou et accéléré à 114.

Le 8 juin, à la suite d'une purgation à l'huile de ricin, donnée de très bonne heure, des vomissements verdâtres apparaissent. Au moment de notre visite, nous sommes frappés par l'aspect de la malade, dont la température atteint 38,5 et dont le pouls est petit, à 140. La langue est sèche, la soif très vive. Quant au ventre, il est météorisé dans toute son étendue, mais surtout dans la région de l'hypocondre gauche et à l'épigastre. A ce niveau, l'estomac se dessine nettement sous la paroi ; il est très douloureux à la pression.

Dans la journée, les accidents ne font que s'accentuer, le pouls devient filiforme, à 160, la dyspnée est intense (40 respirations par minute), des tendances syncopales se produisent fréquemment, les vomissements persistent. En présence d'un tableau symptomatique aussi précis, le diagnostic de dilatation aiguë de l'estomac s'impose. Il ne tarde pas, d'ailleurs, à être confirmé par le tubage qui ramène 300 gr. environ d'un liquide noirâtre. Lavage consécutif, dont l'eau ressort encore fortement imprégnée de bile et chargée de gouttelettes d'huile, reliquat de la purgation ingérée le matin. Cette petite opération amène une détente du côté de l'épigastre. Elle est suivie, quelques instants après, d'une séance de décubitus ventral, qui est prolongée pendant 25 minutes, et à l'issue de laquelle une abondante débâcle intestinale se produit. Peu après, la malade se sent très soulagée. Son ventre est devenu souple, très peu douloureux à la pression. Le pouls est aussi mieux frappé à 128, mais la soif toujours vive. Dans la nuit, nouvelle débâcle.

Le 9 juin, température : 37,9 ; pouls : 132. Ventre légèrement ballonné encore, mais plus de vomissements. Le soir, à 5 heures, température : 37,5 ; pouls : 124. La malade est à nouveau mise en position ventrale, tolérée pendant 28 minutes et suivie, comme la veille, d'un soulagement très appréciable.

Plus d'alerte dans les jours qui suivent. En dehors de

cette complication, les suites opératoires proprement dites ont été très satisfaisantes. Exeat, le 6 juillet, en parfait état.

OBSERVATION IX

(Audebert, ibid.)

Louise, 20 ans, primipare, entre à la clinique en travail, le 25 octobre 1908, à 8 h. 45 du matin, et accouche, sans la plus petite intervention, le soir à 7 heures.

L'enfant pèse 2.270 grammes et crie aussitôt ; délivrance par expression modérée quinze minutes après l'accouchement.

Ses antécédents héréditaires, collatéraux et personnels ne présentent rien de particulier. On a noté simplement des nausées passagères pendant le premier mois de la gestation, et une albuminurie légère au début du travail.

L'accouchement et la délivrance ont été normaux sans le moindre trouble gastrique ou intestinal. Brusquement, une demi-heure environ après la délivrance, la femme est prise de vomissements. Son ventre devient ballonné et douloureux à la pression. Elle éprouve de fréquentes et violentes coliques. On lui donne de l'eau chloroformée qui n'arrête pas les vomissements et un lavement laudanisé qui ne calme pas les douleurs abdominales. Transportée de la salle d'accouchements dans son lit, elle souffre encore à 3 heures du matin, heure vers laquelle un lavement à l'antipyrine la soulage sensiblement.

Le lendemain, 26 octobre, à la visite, la femme se plaint encore de coliques abdominales. Elle a vomi des matières porracées. Un grand lavage intestinal n'a rien ramené. La malade a été à la selle pour la dernière fois la veille au matin, jour de son accouchement.

A l'inspection, l'abdomen paraît considérablement distendu. Il est uniformément douloureux à la pression. La percussion révèle un tympanisme généralisé. La femme est abattue, pâle. Elle ne peut pas faire de mouvements dans son lit. Le pouls est à 96, la température normale. La

malade se plaignant d'avoir toussé, on examine son appareil pulmonaire : submatité à la base droite. A ce niveau, obscurité respiratoire marquée. Râles muqueux fins. Quelques râles aussi à la base gauche ; on prescrit des ventouses de chaque côté.

L'examen génital ne révèle rien du côté des annexes. La femme n'a pas de hernie, donc pas de possibilité d'étranglement. Elle ne présente point de malformation, ce qui permet de laisser de côté l'idée d'un diverticulum de Meckel susceptible de produire un étranglement interne.

La journée du 27 se passe comme la précédente. La femme a toujours des vomissements bilieux. Le lavage intestinal ne produit pas d'effet. On prescrit du champagne, de la glace, de la potion de Todd.

Le surlendemain 28, devant la persistance des vomissements et du tympanisme, devant la ténacité de la douleur, on prescrit une large application de glace sur l'abdomen. Ce jour-là, l'abdomen est considérablement distendu. La partie inférieure gauche de l'épigastre et la région voisine de l'hypocondre du même côté sont soulevées par une voussure très nette s'étendant vers l'ombilic sans l'atteindre toutefois. Les flancs font de chaque côté une saillie latérale dont la limite dépasse largement la ligne qui irait des parois de l'hypochondre à celles du bassin. Par contre, la partie centrale de la paroi abdominale paraît moins saillante. La percussion donne avec peine les limites de l'estomac. Vers l'appendice xiphoïde, la matité du lobe hépatique gauche est moins nette qu'à l'état normal. Par un examen minutieux et répété, on peut déceler une différence de sonorité entre la région épigastrique voussurée et la région sous-jacente. La ligne de démarcation entre les deux zones inégalement sonores siège transversalement au niveau de l'ombilic.

Sous l'influence de la glace, les douleurs abdominales s'atténuent considérablement. Le soir, à la contre-visite, la malade est assise sur son lit et peut garder sans peine cette position, tandis que le matin même il fallait la soutenir. Les vomissements ont cessé.

La température est montée à 38,6. Le pouls a atteint 125 pulsations.

Cependant, l'état général est sensiblement meilleur.

Le lendemain 29, les douleurs sont moins accusées, la palpation est devenue plus facile, elle permet de sentir l'utérus dont le fond est à 11 centimètres et demi de la symphyse. Il y a encore du météorisme, mais l'abdomen a considérablement diminué de volume. La malade a eu quatre selles dans la nuit. Plus de vomissements. L'état de son poumon s'est amélioré ; les râles ont diminué, mais il y a encore un peu d'obscurité à la base droite. Ni bronchophonie, ni égophonie.

On continue l'application de la glace sur l'abdomen. On autorise quelques prises de lait en recommandant de continuer le champagne glacé. Le lait est bien toléré par la malade et la journée se passe sans incident.

Le 30, les vomissements n'ont plus reparu.

Le 31, l'amélioration persiste. Le ventre est revenu à son volume normal.

Elle quitte la clinique en bon état, le 5 novembre ; son enfant pèse alors 2.360 grammes.

OBSERVATION X

(AUDEBERT, ibid.)

Mme M..., 28 ans, primipare, bonne santé habituelle.

D. R., 10 janvier 1911. — Dès les premiers mois, quelques nausées, pas de vomissements.

Le 1er octobre, à la suite d'un excès de bonbons, forte indigestion, vomissements tenaces pendant douze heures. Les jours suivants, persiste un peu d'intolérance gastrique.

Appelé auprès d'elle, le jeudi 12 octobre, je constate que la grossesse est arrivée près du terme, la H. U. est en effet de 34 centimètres. La tête est au-dessus de D. S. encore mobile. Je conseille le port d'une ceinture.

Le mercredi, 18 octobre, début du travail à 2 heures du matin. Rupture précoce des membranes à 9 heures. Je

vois la parturiente à 11 heures. La dilatation est alors de 2 à 3 centimètres ; c'est une présentation du siège décomplété, mode des fesses en S. I. D. A. Le siège est encore élevé, ayant à peine tendance à s'engager. Les parties molles paraissent assez souples.

Dès le début du travail ont commencé des vomissements presque incessants, précédés de violents efforts et se terminant par l'expulsion de liquides abondants, fortement teintés en vert foncé.

Les contractions sont régulières et assez fortes, s'accompagnant de douleurs lombaires extrêmement violentes, qui fatiguent bientôt la malade, l'énervent et la jettent bientôt dans une agitation très pénible. Je suis ainsi amené à donner du chloroforme à « la Reine » depuis midi environ. Quelques gouttes à peine sont versées sur une compresse placée sur le nez et la bouche, seulement au moment de la contraction. Depuis midi jusqu'à 7 heures et quart, moment de l'accouchement, 30 grammes environ de chloroforme ont été employés.

Le travail marche régulièrement et à 7 heures, la dilatation est à peu près complète. A ce moment, la parturiente est à bout de forces, elle n'a cessé de crier et de vomir depuis la matinée.

La partie fœtale reste toujours élevée, malgré une expression utérine exercée avec énergie pendant une quinzaine de contractions et je me décide alors à tenter l'abaissement du pied.

Le chloroforme est administré à dose anesthésique, et la malade étant mise en travers du lit, j'introduis la main dans l'utérus. Ne pouvant réussir à abaisser le pied par la manœuvre de Pinard-Mantel, je remonte plus haut et saisis facilement le pied droit ; après avoir fléchi la jambe, le pied est amené à la vulve. Ici, j'eus une demi-minute d'hésitation : je me demandai s'il ne vaudrait pas mieux laisser l'accouchement se terminer spontanément. Mais quelques tractions très prudentes me montrent que je ne dois pas craindre de résistance exagérée de la part de la vulve et du vagin, et sachant que je peux compter sur une expression utérine habilement et énergiquement exécutée,

je continue mes tractions prudentes et je constate avec plaisir que l'engagement, la descente et le dégagement du siège se font sans aucune difficulté. Les bras n'étant pas relevés, le dégagement de la tête, par la manœuvre de Mauriceau, s'opère aisément.

A 7 h. 45 naît un bel enfant de 3.500 grammes, en état d'apnée, mais qui respire et crie après quelques frictions à l'alcool.

Après l'accouchement, l'utérus se contracte normalement; pas d'hémorragies. Bientôt après, le placenta se trouve en partie dans le vagin ; mais le doigt n'arrive pas jusqu'à l'insertion du cordon, et l'expression utérine tentée au bout d'une demi-heure, renouvelée après une heure, ne donne aucun résultat.

A 9 h. 15, quelques bouffées de chloroforme sont administrées à la parturiente, et je me mets en mesure de pratiquer la délivrance artificielle. Après avoir franchi l'anneau de Bandl médiocrement contracté et parcouru la grande cavité utérine, mon index arrive dans un infundibrilum en doigt de gant, situé au fond de l'utérus presque sur la ligne médiane, comblé par des caillots, et dans lequel est inséré très solidement un volumineux pédicule membraneux. Après avoir décollé les membranes adhérentes, je conduis sur mon index une sonde intra-utérine, et je fais passer une certaine quantité d'eau chaude dans le chaton qui est avalé peu à peu par la rétraction du corps utérin et qui bientôt disparaît totalement.

A la suite de cette intervention, l'utérus est un peu mou, il faut le surveiller et de temps à autres le malaxer ; l'écoulement sanguin est à peu près nul.

Pendant et après la délivrance, les vomissements ont persisté, incessants, de plus en plus pénibles ; le liquide rejeté est noirâtre et sans odeur chloroformique ou fécaloïde.

L'état général, qui jusqu'alors était resté satisfaisant, commence à devenir mauvais ; le pouls faiblit, s'élève à 100, 110 pulsations. La partie supérieure de l'abdomen, toute la région sus-ombilicale est énormément distendue et présente une sonorité tympanique. La malade se plaint

d'une barre épigastrique et d'un point très douloureux situé au milieu environ de la colonne dorsale. Il y a du clapotement abdominal, peu d'urine, pas de gaz.

Vers 11 heures, la situation s'aggrave. Le pouls est de plus en plus fréquent (de 120 à 130), il est filiforme ; facies terreux ; yeux excavés ; angoisse profonde ; soif ardente ; refroidissement des extrémités ; tendance au collapsus.

Je fais mettre alors l'accouchée en position ventrale, à plat sur son lit, la tête légèrement soulevée par un mince coussin. Immédiatement, les vomissements, jusqu'alors incessants, s'espacent, les nausées deviennent moins fréquentes, moins violentes, et sont suivies d'expulsion de gaz sonores. Le pouls remonte et la malade accuse d'elle-même un bien-être évident. Dans la nuit, elle garde à peu près la position de Schmitzler, et jusqu'au matin on a compté seulement trois ou quatre vomissements.

Le lendemain, la voussure épigastrique a notablement diminué ; quelques gorgées de liquide glacé sont gardées sans difficulté et peu à peu, lentement, l'alimentation peut être reprise. Mais la déglutition reste douloureuse pendant assez longtemps, et à l'heure actuelle persiste encore un peu de spasme de l'œsophage entraînant par moment de la douleur et de la dysphagie.

Au point de vue génital, les suites de couches n'ont été troublées que par une escarre vaginale assez étendue qui a mis sept à huit jours à se cicatriser. La température n'a jamais dépassé 37,7. La malade a pu donner le sein dès le 3e jour ; elle allaite fort bien son enfant, dont le gain quotidien a été de 40 grammes pendant tout le premier mois.

OBSERVATION XI

(Stieber et Garipuy, ibid.)

Mme X..., âgée de 38 ans.
Opération césarienne, le 25 novembre 1911.
Fibrome prævia.

Le soir, la malade est aussi bien que possible : pas de vomissements, température 36,8, pouls 110 bien frappé, pas d'intermittences, il s'est écoulé par le drain vaginal une quantité notable de sang.

Le lendemain, tout normal ; mais le 3e jour qui suit l'opération, après une nuit agitée, la malade, qui n'est pas encore allée à la selle, se plaint d'un ballonnement extrême du ventre avec nausées très pénibles, mais sans vomissements. L'épigastre forme une saillie très nette au-dessus du pansement qui, sur la demande de la malade, doit être desserré. L'abdomen est, en effet, très douloureux à la pression ; température normale, pouls un peu rapide sans intermittence.

On pratique aussitôt un lavage d'estomac qui ramène une quantité considérable de liquide de coloration noirâtre ; 30 grammes d'huile de ricin sont introduits par la sonde. Après une amélioration passagère, les phénomènes reprennent dans la journée encore plus intenses que le matin. La malade n'ayant eu, malgré sa purgation, ni gaz ni matières, on pratique une grande entéroclyse à l'eau bouillie froide. La femme étant en même temps placée en position ventrale qu'elle tolère parfaitement. Au bout d'une heure environ, un premier gaz est évacué et peu à peu l'intestin paraît reprendre sa motricité. Dans la nuit, une débâcle se produit et la malade est immédiatement soulagée, la position ventrale ayant été gardée près de trois heures.

Les quatre jours qui suivent se passent sans incidents.

OBSERVATION XII

(Audebert, ibid.)

La nommée X..., 35 ans, primipare.

Le 14 mars, opération césarienne.

Le 15 mars, la malade a passé une assez bonne nuit: Température, 36,4 ; pouls, 84 ; pas de dyspnée, mouvements cardiaques normaux ; elle urine spontanément. Dans

l'après-midi, on retire le tampon vaginal et on fait une grande injection vaginale qui ramène quelques caillots.

A 8 heures du soir, elle crache un peu de sang ; elle se plaint en outre de nausées, de hoquet, de vomissements incessants ; la région épigastrique est douloureuse. A 10 heures du matin, la situation est la même, la malade vomit à chaque instant ; ce sont plutôt des regurgitations que des vomissements ; le liquide rejeté est muqueux, mêlé de sang.

L'examen de l'appareil pulmonaire ne révèle rien d'anormal ; en particulier, très peu de dyspnée, pas de point de côté, aucun signe appréciable d'infarctus. Les prétendus crachats hémoptoïques étaient sans doute du sang vomi. La région épigastrique est, par contre, très douloureuse spontanément et à la pression ; elle est le siège d'un ballonnement très net et très localisé. Entre l'ombilic et le sternum existe une voussure médiane, à convexité très saillante. Les dimensions verticales n'excèdent pas 10 à 12 centimètres. Cette voussure, presque hemisphérique, contraste avec l'aplatissement, on pourrait dire avec la rétraction de la région sous-ombilicale. La matité hépatique est entièrement conservée. L'abdomen n'est pas douloureux. Température, 37,1 ; pouls, 90 ; langue rose et humide. On fait prendre des petits glaçons à la malade, pulvérisations épigastriques au chlorure d'éthyle, 1/2 centimètre cube de morphine.

16 mars : Les vomissements qui s'étaient arrêtés dans la nuit, reparaissent au réveil de la malade ; ils sont maintenant bilieux et beaucoup plus foncés que la veille ; ils ont perdu leur aspect rosé et ne paraissent pas contenir de sang. L'état général reste bon ; le pouls bien frappé oscille entre 80 et 100.

Malgré la marche anormale des accidents, on pense qu'il s'agit d'une dilatation aiguë de l'estomac à forme fruste et on conseille immédiatement à l'opérée le décubitus abdominal. Cette position est bien tolérée. Après quelques instants, les vomissements ont progressivement diminué de fréquence. Au bout de deux heures, la malade n'ayant plus de nausées est remise en position dorsale. On prati-

que ensuite un grand lavage intestinal. Température, 37,9 : pouls, 96.

17 mars : La malade a bien dormi ; elle ne souffre plus et n'a plus de vomissements.

OBSERVATION XIII

Recueillie à la Maternité d'Alger (516, série II)

La nommée Ben Mohamed Dehbia entre à la Maternité d'Alger, le 4 avril 1912, à 10 heures du matin. Cette femme, au terme de sa grossesse, présente des contractions utérines énergiques. Malgré ces contractions énergiques, le travail, dont le début remonte à six jours, ne fait plus de progrès.

La dilatation utérine est complète, la poche des eaux rompue depuis plusieurs heures, la tête du fœtus engagée, mais une bosse séro-sanguine considérable empêche la reconnaissance des sutures et des fontanelles.

La parturiente n'a été examinée jusqu'ici que par des matrones arabes.

Les bruits du cœur du fœtus sont supprimés.

On tente une application de forceps ; mais la tête ne descendant pas après quelques tractions, on perfore la voûte crânienne à l'aide des ciseaux de Blot. La réduction de la tête n'étant pas encore suffisante pour l'extraction, on fait une basiotripsie. On retire un fœtus du sexe masculin pesant 2 kil. 950, plus la matière cérébrale.

L'emploi du crochet axillaire est nécessaire pour l'extraction de l'épaule antérieure.

Aussitôt après la sortie du fœtus, on fait une délivrance artificielle qui, par suite de l'inertie utérine, est suivie d'une forte hémorragie. Cette hémorragie ne peut être conjurée par les moyens habituels (injection intra-utérine chaude, injection sous-cutanée d'ergotine, massage abdominal) et on se trouve dans la nécessité de faire un tamponnement intra-utérin.

Ces différentes opérations ont été faites sous anesthésie chloroformique qui dut être prolongée par suite d'accidents divers.

Les premières 24 heures furent assez satisfaisantes. Température, 36,8 ; pouls, 104.

Dans l'après-midi du 5, la malade commence à souffrir un peu du ventre et c'est alors que l'on note une dilatation considérable de la région sus-ombilicale. L'estomac, fortement distendu par des gaz, descend jusqu'à l'ombilic. Comme le petit bassin n'est pas douloureux et que l'état général est assez bon, la malade ne reçoit aucun soin particulier et absorbe un peu de lait.

Le 6 avril, l'état empire brusquement. A 8 heures, la malade est prise d'un premier vomissement, puis d'un second, elle rend des matières porracées qui sentent très mauvais. Elle se plaint de douleurs abdominales très violentes qu'elle s'efforce de calmer tantôt en appuyant son oreiller et ses couvertures contre son abdomen, tantôt en se plaçant dans le decubitus ventral. Le pouls est très rapide. Température, 38°.

A l'examen, on constate un ballonnement énorme de la partie supérieure de l'abdomen. Aucune douleur n'est éveillée dans le petit bassin même par la palpation profonde. Le ventre est souple.

Etant donné le rappel de la chloroformisation longue et mal supportée, la dilatation précoce de l'estomac, l'absence totale de douleurs pelviennes, les vomissements, l'attitude particulière et surtout le decubitus ventral pris spontanément par la malade, on élimine le diagnostic de péritonite et on pose celui de dilatation aiguë de l'estomac.

On favorise alors le decubitus ventral de la malade. On lui fait un lavage stomacal de 3 litres qui favorise la sortie d'un liquide noirâtre, et un lavage intestinal. On lui injecte 500 gr. de sérum physiologique et de l'huile camphrée à plusieurs reprises.

Les vomissements s'arrêtent après le lavage de l'estomac, mais vers 2 heures l'état général empire subitement et régulièrement et la femme succombe vers les 4 heures présentant les phénomènes généraux que l'on constate dans le shock opératoire.

L'autopsie demandée fut refusée.

CONCLUSIONS

I. — La dilatation aiguë de l'estomac est relativement fréquente chez les nouvelles accouchées.

II. — On doit songer à ce trouble pathologique toutes les fois qu'après un accouchement laborieux ou dystocique ayant nécessité le plus souvent l'anesthésie chloroformique, on voit apparaître des vomissements persistants, accompagnés d'altération rapide de l'état général.

III. — En pareil cas, étant donné le pronostic particulièrement grave si l'affection est abandonnée à elle-même, ne pas hésiter à prescrire immédiatement le traitement de la dilatation aiguë de l'estomac, d'autant plus que celui-ci est presque toujours couronné de succès et que, en cas d'erreur de diagnostic, il ne compromet nullement l'existence de la femme.

Vu : *Le Président de la thèse,*
Dr Rouvier.

Vu : *Le Doyen,*
Curtillet.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Alger, le 3 avril 1913.

Le Recteur,
E. Ardaillon.

BIBLIOGRAPHIE

AUDEBERT. — Société d'obstétrique de Toulouse, déc. 1911.

AUDEBERT et FOURNIER. — Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Paris, avril 1907.

Société d'obstétrique de Toulouse, mars 1910.

BOQUEL. — L'obstétrique, juin 1911.

GILLES. — Société d'obstétrique de Toulouse, déc. 1911.

LE LORIER. — Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Paris, novembre 1907.

MÉREAU. — Archives médico-chirurgicales du Poitou, juin 1907.

STIEBER et GARIPUY. — Société d'obstétrique de Toulouse, 1912.